

Beleegyző nyilatkozat tolerancia indukciós kezelésbe

Alulírott szül:édesanyja/apja nyilatkozom, hogy gyermekünk tolerancia indukciós kezeléséről, annak lehetséges mellékhatásairól kielégítő tájékoztatást kaptam. A kezelésbe beleegyezek.

A kezelés kockázatával, lehetséges panaszokkal tisztában vagyok. Mellékhatások fellépése esetén a szükséges kezelés módjáról kellő tájékoztatást kaptam.

Mosonmagyaróvár, dátum